



Evaluation de la formation

Intitulé de la Formation : FORMATION XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Date(s) : XX/XX/2019
 Formateur(-trice) :
 Nom/Prénom du participant :

Système de notation sur 5 (cocher la case correspondante) :

1 Insatisfaisant **2** Plutôt insatisfaisant **3** Plutôt satisfaisant **4** Satisfaisant **5** Très satisfaisant

Relations avec GERS FORMATION	1	2	3	4	5
L'organisation (suivi de l'inscription, convocation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques/suggestions : _____					

Le groupe	1	2	3	4	5
Participation active des stagiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des échanges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques/suggestions : _____					

L'environnement	1	2	3	4	5
Accès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affichage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement de la salle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La restauration (pauses, repas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques/suggestions : _____					

Applications	1	2	3	4	5
Intérêt de cette formation dans le cadre professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indiquez l'impact de cette formation sur votre activité professionnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques/Suggestions : _____					

Amélioration de l'action de formation

Jour(s) de la semaine préféré(s) (plusieurs choix possibles) :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Indifférent

Formule(s) préférée(s) (plusieurs choix possibles) :

Journée 1/2 journée Entre 12h et 14 h Le soir Indifférent

Vos besoins en formation :

Informatique Langues étrangères Nouvelles technologies
 Vente Comptabilité DUERP Travail en hauteur
 Echafaudages SST/MACSSST Défibillateur

Autres : _____

La formation	1	2	3	4	5
Rythme de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenu adapté à mon niveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenu adapté aux objectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect du programme annoncé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité du support utilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques/suggestions : _____					

La prestation du formateur	1	2	3	4	5
Maitrise du sujet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualités pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'écoute des questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté de l'exposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques/suggestions : _____					